Comment reconnaître l'acide cianhydrique dans un sirop?

N.o 9.

Quelle est la disposition des aponévroses de l'aisselle?

De quelle manière se forment les hernies abdominales? Ont-elles toujours un sac péritonéal?

Du Muguet.

THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES, A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 17 FÉVRIER 1838,

PAR L. CHARLES DROUHET,

de Moissac, (*Tarn-et-Garonne*),

Membre du cercle médical,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

La véritable pratique est l'exercice de l'art d'observer et de traiter les organes malades, sous l'inspiration du savoir et de la réflexion.

MONTPELLIER,

De chez X. Jullien, Imprimeur, place Marché-aux-Fleurs, 2.

1838.

A M. RIBES,

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Montpellier, Correspondant de l'Académie Royale de Médecine, Président des Jurys Médicaux, etc., etc.

Je suis heureux, en vous dédiant ce travail, de vous dire ma reconnaissance pour les bontés et la bienveillance affectueuse dont vous avez daigné me combler.

C. DROUHET.

A MON PÈRE, DOCTEUR EN MÉDECINE,

A MA BONNE MÈRE.

A MA TANTE,

M.lle AIMÉE PINASSEAU

A MA FEMME.

A

M. ET M.me CHÉRI-BELLECOUCHE.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MON AMI,

LE DOCTEUR GILBERT.

C. DROUHET.

PREMIERE QUESTION.

SCIENCES ACCESSOIRES.

N.° 17. -- *Comment reconnaître l'Acide Cyanhydrique dans un Sirop ?*

Parmi les différents modes d'administration de l'acide cyanhydrique, celui sous forme sirupeuse a paru la plus agréable pour les malades, et le plus certain pour la dose même des remèdes. Deux formules de ce sirop existent : celle du codex, qui contient 1, 10 de cet acide et celle de M. Magendie qui en contient 1, 129. Le sirop d'acide hydrocianique administré à Bicêtre d'après la formule du codex détermina l'empoisonnement de sept épileptiques auxquels il fut donné ; une commission de médecins et de chimistes fut nommée pour vérifier cet empoisonnement.

C'est depuis cette époque que MM. Orfila et Devergie ont cherché à reconnaître la présence de cet acide dans un sirop, ou dans tout autre liquide, et même à en apprécier les quantités. N'ayant pu faire, nous-même, des expériences sur ce sujet, nous nous bornerons à indiquer les moyens employés par ces deux auteurs.

L'acide cyanhydrique faisant partie d'un sirop, lui communique une odeur d'amandes amères très-prononcée ; ce même

sirop étendu d'eau se décomposera avec les sels de fer, le deuto-sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, comme l'acide hydraté.

Ainsi, si l'on mêle du sulfate de fer, dissous avec le sirop cyanhydrique, en ayant soin d'ajouter auparavant quelques gouttes de potasse dissoute dans l'eau, on obtient peu-à-peu du bleu de Prusse ; que l'on traite ce sirop avec le deuto-sulfate de cuivre, après avoir pris la même précaution d'y ajouter de la potasse, on obtient un précipité vert-pomme, si les dissolutions sont *concentrées ;* au contraire, le précipité prendra l'aspect laiteux si les dissolutions sont *affaiblies*. Dans ce cas on ajoute une grande quantité d'acide hydrochlorique pour redissoudre l'excès d'oxide de cuivre précipité par la potasse ; la liqueur alors de laiteuse devient transparente en l'étendant de beaucoup d'eau. Enfin, du sirop cyanhydrique étendu d'eau, versé dans une dissolution de nitrate d'argent, donne lieu à un *cyanure* d'argent, blanc, cailleboté, lourd, insoluble presque, dans l'acide nitrique à la température ordinaire, facilement soluble dans cet acide bouillant, ainsi que dans l'ammoniaque.

Dans le cas où le sirop serait tellement coloré, que les précipités, dont nous venons de parler, ne pourraient se montrer avec leur caractère respectif, il faudrait avoir recours à la distillation, ou au procédé de M. Orfila.

Si on a recours à la distillation, il faut avoir soin de chauffer modérément, et d'envelopper le récipient d'un enduit frigorifique : afin, dans le premier cas, de perdre le moins d'acide qu'il se peut dans la volatilisation, et dans le second, pour condenser plus promptement l'acide et l'eau volatilisés. On recueille le produit de cette distillation et on le traite par les réactifs déjà indiqués qui donneront les mêmes précipités que nous avons notés précédemment.

M. Orfila conseille de s'assurer d'abord de la présence de l'acide par l'odeur, puis, dit-il, on versera deux ou trois gouttes

de dissolution de potasse dans une petite portion de la liqueur. On trempera dans celle-ci une languette de papier blanc non collé, et qui laissée une ou deux minutes se colorera en jaune ou en rouge : on dessèchera ce papier à l'air ; et lorsqu'il sera sec, on mettra sur toutes les parties imprégnées d'hydrocyanate de potasse quelques gouttes de trito-sulfate de fer, dissous dans une petite quantité d'eau : sur le champ toutes les parties touchées deviendront d'un bleu légèrement verdâtre, tandis que si l'on avait versé dans la liqueur hydrocianique colorée le persel de fer et de potasse, on aurait obtenu un précipité tellement coloré en brun par la matière colorante du liquide, qu'il eut été impossible d'y reconnaître la moindre nuance *bleue*. Il faudrait que la liqueur cyanhydrique ne contint qu'une très-petite quantité d'acide, pour que le caractère fourni par la languette ne put pas être constaté.

DEUXIÈME QUESTION.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

N.° 402. -- *Quelle est la disposition des Aponévroses de l'Aisselle ?*

La région axillaire forme une excavation pyramidale libre par sa base, se continuant avec le cou par son extrémité supérieure, et très-bien circonscrite par des régions musculaires en avant et en arrière, qui appartiennent au thorax et à l'omoplate.

De ce sinus pyramidal, naissent trois parois, une base et un sommet : c'est donc dans ces diverses parties constitutives

de l'aisselle, que nous avons à examiner les dispositions de ses aponévroses?

1° *Paroi antérieure ou thoracique.* Elle est formée par les muscles grand et petit pectoraux, qui se séparent à angle aigu de la région costale.

Le fascia thoracique externe appartient à cette région et se comporte ainsi :

Né de la base de la poitrine, et continuation évidente de l'aponévrose abdominale, cette lame fibreuse va s'attacher à la clavicule en s'amincissant, elle se porte dans la cavité axillaire sur le grand dentelé et va se perdre dans le tissu cellulaire de ce sinus : mais arrivé dans l'aisselle, elle se dédouble, tapisse les faces profondes des muscles grand dorsal et grand pectoral, en enveloppe les bords, et se porte sur le bras.

Aponévroses du bras. C'est de cette dernière partie du fascia thoracique qui donne un feuillet aux parties profondes des muscles grand pectoral et grand dorsal que prend naissance le fascia brachialis.

M. Paillard nie que cette aponévrose vienne seulement du tissu cellulaire de l'aisselle et des expansions fibreuses de ces deux muscles; selon cet auteur, le fascia brachialis serait à la fois la continuation des aponévroses du dos, du cou et de la poitrine.

M. Velpeau fait partir des deux lames profondes des muscles grand dorsal et grand pectoral le fascia brachialis. D'après cette opinion, cette aponévrose serait seulement fournie par le fascia thoracique externe.

Le fascia brachialis se divise en trois parties. La première mince et celluleuse monte en avant, traverse le triangle coraco-claviculaire, gagne l'articulation scapulo-humérale qu'elle entoure et s'attache fortement aux parties musculaires : une autre lame de même nature que la première se porte derrière le muscle grand pectoral : enfin une troisième lame plus forte se

dispose de la même manière derrière le grand dorsal : ces diverses parties d'une même aponévrose se dirigent en s'amincissant vers le creux de l'aisselle, où elles viennent former une foule de filaments et de lamelles qui se continuent jusqu'à l'aponévrose axillaire.

2° *Paroi postérieure ou scapulaire :* le bord axillaire du muscle sous-scapulaire, la face antérieure du grand rond et le bord antérieur du grand dorsal la constituent. Des aponévroses plus ou moins résistantes, des expansions celluleuses appartiennent à ces derniers muscles, mais elles ne font nullement partie de la cavité axillaire.

3° *Paroi interne ou costale :* le grand dentelé qui recouvre les intercostaux forme cette région; il n'y a aucune aponévrose.

Par sa base, le creux de l'aisselle est libre.

Par son sommet, la région axillaire présente une aponévrose décrite par plusieurs auteurs sous des noms différents : c'est le fascia clavicularis selon M. Blandin; pour M. Gerdy c'est le ligament suspenseur de l'aisselle; enfin M. Velpeau l'a désignée sous les noms de coraco-claviculaire ou clavi-axillaire, ou mieux et plus simplement axillaire.

Elle présente les dispositions suivantes :

Cette aponévrose se fixe à la clavicule et à l'apophyse coracoïde, aussi est-elle le plus souvent désignée sous le nom de coraco-claviculaire, ainsi qu'à l'articulation scapulo-humérale, et se continue avec l'aponévrose du bras; elle se dédouble pour entourer les deux faces du muscle petit pectoral, où elle se fixe à son bord supérieur et se prolonge jusques dans le creux de l'aisselle, elle descend au devant de la veine axillaire dans le tissu de laquelle elle semble se confondre.

Cette aponévrose est quelquefois mince et celluleuse, mais le plus souvent elle se présente ferme, résistante et lorsque l'on veut l'isoler de l'artère dans le triangle clavi-pectoral, tantôt on est obligé de l'inciser, tantôt au contraire on la déchire avec une sonde.

TROISIÈME QUESTION.

SCIENCES CHIRURGICALES.

N.° 1034.---- *De quelle manière se forment les Hernies abdominales? Ont-elles toujours un sac péritonéal?*

ARTICLE PREMIER.

Du mode de formation des hernies abdominales.

Pour concevoir le mécanisme suivant lequel s'effectuent les hernies abdominales, il faut examiner : 1° la cause qui préside à leur formation immédiate ; 2° l'état des ouvertures à travers lesquelles les viscères se déplacent ; 3° celui du prolongement péritonéal dont ils s'enveloppent; 4° les changements qu'ils subissent dans leur nouvelle cavité ; 5° enfin la disposition des parties au milieu desquelles la tumeur herniaire s'est développée.

I. *Causes immédiates.*-- On peut aisément se rendre compte de la manière d'agir de cette cause, en considérant que, dans l'état normal, l'impulsion des viscères abdominaux contre les parois de cette cavité, et la réaction de ces parois sur les mêmes viscères se balancent constamment d'une manière égale. Jamais on ne verrait se former de hernie, si rien n'était capable de détruire un pareil équilibre ; mais malheureusement une foule de causes prédisposantes et efficientes peuvent produire ce résultat.

Les premières qui se distinguent en héréditaires, naturelles et accidentelles agissent en affaiblissant les parois abdominales ou en agrandissant quelqu'une de leurs ouvertures : les secondes bien que différentes quant à leur mise en exercice, se confondent dans leur acte formateur en une seule qui détermine la maladie et que l'on nomme cause immédiate.

Dans toutes les actions musculaires intenses exercées, soit par les membres, soit par le tronc, l'effort se propage et vient en quelque sorte, se concentrer aux parois du thorax et de l'abdomen. Le diaphragme, d'une part, et de l'autre les muscles de la partie antérieure du ventre se contractent, fixent les côtes ainsi que le bassin, et fournissent un point d'apui solide aux muscles qui se meuvent. Or, ces contractions ne sauraient avoir lieu sans que la forme de l'abdomen ne soit changée ; sans que les viscères que cette cavité renferme n'éprouvent une compression violente : pressés alors en bas et en avant par le diaphragme, refoulés en arrière par les muscles droits, obliqués et transverses, ils se précipitent dans le petit bassin, en soulevant les régions inguinales et crurales.

Mais ce n'est pas seulement dans les efforts de ce genre que les viscères abdominaux éprouvent une forte impulsion contre l'enceinte abdominale ; il en est de même dans les efforts du vomissement, de la défécation, de l'accouchement, de la toux, de l'éternuement, etc., etc., dans de telles conjectures les aponévroses et les ouvertures de transmission des vaisseaux étant affaiblies, les viscères poussées vers elles, s'y engagent d'autant plus facilement qu'ils sont plus mobiles et susceptibles de formes.

Si l'on pouvait douter que dans la formation d'une hernie quelconque, les forces réunies du diaphragme et des muscles de la partie antérieure de l'abdomen, dirigeassent et concentrassent, pour ainsi dire, leurs efforts sur les points les plus faibles des parois abdominales, on en trouverait la preuve dans le volume qu'acquiert une hernie non continue, aussitôt que l'individu qui en est atteint tousse, crie ou fait tout autre effort, et dans la sensation de percussion que l'on éprouve à l'extrémité des doigts appliqués sur ce genre de tumeur, quand on veut en faire le diagnostic. « Tous les viscères, dit Scarpa, ont une telle tendance à se déplacer et à se porter vers le point le plus faible des parois de l'abdomen »

que ceux-même qui en sont le plus naturellement les plus éloignés et qui sont fixés de la manière la plus solide par les replis péritonéaux, peuvent à leur tour descendre dans la hernie, ce qu'on n'aurait jamais soupçonné d'après les seules connaissances anatomiques. Ainsi, Paletta et Sandfort ont trouvé dans une hernie ombilicale le cœcum avec une portion de l'iléon et du colon, Manchart, Camper, Bosc et plusieurs autres chirurgiens ont rencontré le cœcum dans une hernie inguinale du côté gauche; Lassus a vu le colon gauche sortir par l'anneau inguinal droit.

Il est incontestable que les viscères abdominaux ne pourraient pas subir de tels déplacements sans la grande extensibilité de leurs liens membraneux; mais on aurait tort de regarder avec Warthon, Bénévoli, Brendel et Morgagni l'alongement et le relâchement qu'éprouvent ces liens, comme la cause immédiate des hernies. Tout annonce au contraire que ces deux phènomènes sont consécutifs et résultent de l'impulsion des organes vers le point de l'enceinte abdominale où existe quelque défaut de résistance.

Sauf quelques exceptions que j'aurai à exposer tout à l'heure, aucun viscère ne sort de la cavité abdominale, sans pousser au devant de lui, la portion de membrane séreuse correspondant à l'ouverture qui est forcée de lui donner passage.

Les hernies se forment tantôt avec lenteur et presque par gradation, tantôt au contraire d'une manière brusque et comme inopinée: on observe leur apparition suivant le premier mode, lorsque les prédispositions existent à un faible degré: le plus souvent alors la cessation complète de l'équilibre entre la force impulsive des viscères et la force réactive des parois abdominales ne s'annonce que par une légère saillie qui survient à l'occasion de quelque effort et disparaît à l'instant même où cette cause n'a plus lieu.

Les hernies peuvent se former soudainement, c'est-à-dire, sans faiblesse appréciable des ouvertures naturelles; quand l'impulsion qui pousse les viscères vers ces ouvertures est très-forte, c'est presque toujours par l'anneau inguinal qu'a lieu cette brusque apparition.

Au surplus, que ces tumeurs se forment lentement ou avec rapidité, le volume en est peu considérable dans le principe, mais elles seraient susceptibles de prendre beaucoup d'accroissement si l'on négligeait de les contenir.

II. *État des Ouvertures et des Canaux à travers lesquels les Viscères se déplacent.* -- Lorsque les hernies se développent avec lenteur, elles amincissent les lames aponévrotiques et dilatent non seulement le trajet qu'elles parcourent, mais encore les anneaux qu'elles tendent à franchir, sous l'influence de la pression permanente qu'elles exercent sur les canaux qui les reçoivent. On voit ces canaux se redresser, diminuer d'étendue, et leurs deux orifices se raprocher et se confondre. Très-souvent les aponévroses, qui en forment les parois, semblent s'user et se résoudre en tissu cellulaire. Dans quelques circonstances les organes déplacés quoique engagés dans un canal, au lieu d'en sortir par l'ouverture inférieure, passent à travers un éraillement de ses parois, ou bien, comme Samuel Cooper en cite des exemples pour les hernies inguinales, s'arrêtent et se développent dans le canal lui-même.

Les ouvertures accidentelles faites sur quelque point de l'enceinte abdominale, s'élargissent plus rapidement sous l'impulsion des hernies, que les ouvertures naturelles dont les bords sont toujours fermes et résistants.

Quant aux hernies formées tout à coup chez des sujets robustes, il arrive souvent que les canaux où leurs orifices distendus par l'effort qui surmonte leur résistance, reviennent ensuite sur eux-mêmes comme tous les corps élastiques, et qu'ils compriment avec plus ou moins de force, les parties qu'ils embrassent.

III. *Sac Herniaire.* -- Tous les viscères abdominaux que le péritoine recouvre dans la plus grande partie de leur circonférence, agissent directement sur les ouvertures par lesquelles ils doivent sortir, et les écartent en poussant devant eux la portion correspondante de cette membrane. Le prolongement péritonéal qui

en résulte, enveloppe la hernie à mesure qu'elle se forme et constitue le sac herniaire. Ce sac est presque toujours uni par sa face externe aux parties voisines; de sorte que, dans la plupart des cas, il est fort difficile et même impossible de le faire rentrer; lisse et continuellement mouillée par de la sérosité, la face interne est en contact avec les organes sortis, comme lui, de l'abdomen. Pour l'ordinaire, il prend la forme des parties au milieu desquelles il se trouve, tantôt applati, tantôt conoïde ou cylindrique, il se replie sur les obstacles qu'il rencontre où se porte à travers les ouvertures situées à son voisinage, de manière à former des lobes, des appendices et des cavités accessoires, de figure et de dimension variables à l'infini; à ces premières causes qui tendent à modifier la forme des hernies, il faut en ajouter une autre moins fréquente, peut-être, mais plus variée encore et plus remarquable dans ses effets: je veux parler de l'action continuellement exercée par les viscères sur le sac et sur son collet (1). Ainsi, que de nouvelles parties soient subitement poussées dans un sac mobile où du moins faiblement uni avec le contour de l'ouverture qui lui correspond; si l'étranglement ne résulte pas de cet effort, la hernie pourra descendre avec son propre sac; dès-lors une nouvelle enveloppe se formera au-dessus de ce dernier, et la tumeur totale présentera à sa partie moyenne un retrécissement formé par l'ancien collet; que ce mécanisme se répète plusieurs fois, on aura des sacs herniaires, dits *Chapelets*; qu'au lieu d'être placée directement au-dessus de la tumeur ancienne, la hernie nouvelle corresponde à l'un de ses côtés, on aura des sacs bilobés, trilobés ou multilobulés, enfin que près d'un sac ancien, dont le collet ne peut se déplacer, se forme un sac nouveau à la suite d'un violent effort, il existera des tumeurs parallèles et dont les deux collets,

---

(1) On nomme collet du sac herniaire le point retréci par lequel cette enveloppe correspond à l'ouverture abdominale.

réunis en un seul, correspondront à la même ouverture abdominale.

IV. *Dispositions anormales des viscères déplacés.* A mesure que les intestins descendent à travers les canaux ou les orifices qui leur prêtent passage, ils subissent des changements de direction et de forme. L'épiploon retréci au niveau de l'ouverture herniaire forme des plis longitudinaux au-dedans, il présente la figure d'un triangle dont la base est à l'estomac et le sommet à l'orifice abdominal ; en dehors elle y forme une sorte de champignon dont la partie la plus large est située au bas, et dont le pédicule s'engage en haut dans le canal de la hernie. Lorsqu'une partie du calibre de l'intestin paraît seule en dehors, elle y forme une cavité plus large au fond qu'a son col, et qui communique avec le reste du canal demeuré dans l'abdomen ; mais lorsqu'une anse entière de l'intestin est herniée, ses parois sont comprimées à l'ouverture abdominale, de manière à gêner les fonctions, tandis qu'au dehors, elle se dilate plus à l'aise.

Dans les hernies épiploïques ou entero-épiploïques qui ne sont pas contenues par un bandage, l'épiploon comprimé par les ouvertures qu'il franchit, devient presque toujours le siége d'une irritation lente, obscure, qui finit par désorganiser son tissu, d'autres fois la graisse s'y accumule, ou encore, sa portion retrécie se transforme en un cordon fibreux et solide.

Les mêmes causes produisent l'épaississement et l'induration des parois intestinales, détruisent leur extensibilité, et rendent incurable le resserrement que lui a communiqué l'ouverture herniaire ; quelquefois aussi les hernies anciennes et non contenues, devienent le siége d'une inflammation qui établit des adhérences entre le sac et les parties déplacées et rend maintefois la réduction impossible.

V. *Disposition des parties situées à l'exterieur des hernies.* Distendues et pressées par la hernie, les parties qui la revêtent extérieurement, sont presque toujours altérées dans leur texture, lorsque cette tumeur devient ancienne et volumineuse. Comprimés entr'elles, la peau et le sac herniaire, les feuillets celluleux et aponévrotiques

se confondent quelquefois, s'usent et disparaissent : de telle sorte que la hernie devient immédiatement sous-cutanée. Le plus souvent, néanmoins, un état opposé se manifeste : le tissu cellullaire s'épaissit, devient plus dense et forme enfin des lames fibreuses, et quelquefois des feuillets séreux qui pourraient en imposer lors de l'opération pour le sac lui-même ; des ulcères, des tumeurs graisseuses, peuvent aussi se développer dans le tissu cellullaire qui environne la hernie et en obscurcit le diagnostic.

Article deuxième.

Les hernies abdominales ont-elles toujours un sac péritonéal ?

Non, les hernies abdominales ne sont pas toujours pourvues du sac péritonéal, on admet généralement, en effet, que lorsque les viscères se déplacent à travers une ancienne cicatrice de l'abdomen, ils dilatent, sans pouvoir déplacer le péritoine, qui est confondue avec elle, néanmoins, cela n'est vrai qu'en général ; car, on voit dans quelques cas semblables, des hernies se développer avec un sac sur le fond duquel on retrouve la cicatrice de la plaie du péritoine, qui a pu se laisser distendre sans déchirure, tandis que les plans musculeux et aponévrotiques ont subi un éraillement plus ou moins considérable.

Quelques Chirurgiens, notamment, Rech, Petit, ont pensé que les hernies par l'anneau ombilical étaient *akistiques*, et conséquemment que les viscères déplacés étaient recouverts par la peau toute seule ; toutefois, s'il faut en croire Boyer, lorsqu'on dissèque avec soin une hernie ombilicale l'on voit évidemment qu'elle a un sac herniaire, quels que soient le volume et l'ancienneté de la tumeur.

Outre les hernies akistiques produites par le déplacement des viscères à travers d'anciennes cicatrices, il en est d'autres formées par les organes dont la peau n'est point entièrement recouverte par le péritoine, tels que le cœcum, l'S du colon, le rectum à son origine et la vessie. Quand une force impulsive a graduelle-

ment rapproché ces viscères d'une ouverture abdominale, ils peuvent glisser pour l'atteindre, dans le péritoine, et parvenir audehors sans pousser devant eux la membrane séreuse, mais en les soulevant et en passant entr'elle et la paroi du ventre. Si la hernie est bornée au déplacement de la portion de l'organe que le péritoine ne recouvre pas, elle ne présente aucun sac, tandis que, lorsque le viscère sort entièrement il entraîne avec lui la membrane séreuse qui adhère à sa surface, et qui, attirée en dehors, forme au-devant de la tumeur une poche séreuse dans laquelle se précipitent presque toujours les intestins grêles ou l'épiploon; dans quelques cas, la hernie du cœcum, de la vessie ou du colon, est consécutive et succède aux hernies ordinaires au lieu de précéder et de favoriser leurs apparitions, il arrive quelquefois, par exemple, qu'une hernie, devenant très-volumineuse, attire à elle le péritoine de toutes les parties voisines de l'ouverture qui lui livre passage. Or, il se peut que les organes dépourvus de tunique péritonéale dans une partie de leur surface, soient entraînés audehors par le péritoine lui-même, s'ils sont liés avec lui par quelque adhérence; d'autre fois, la fin de l'intestin grêle sortant, et la tumeur continuant de s'accroître, ces mêmes organes, principalement le cœcum, l'S du colon sont encore attirés à l'extérieur. Dans toutes ces circonstances, le viscère, ainsi déplacé, se trouve appliqué à l'un des côtés du sac herniaire dont il semble être une dépendance, et dans la cavité duquel il ne fait qu'une saillie ou un relief peu considérable.

QUATRIÈME QUESTION

SCIENCES MÉDICALES.

N.° 1679. -- *Du Muguet.*

Considérations générales.

I. Si nous commentons les écrits laissés par les anciens, sur les maladies de la bouche, nous verrons qu'ils désignaient sous le nom *d'aphtes* toutes les affections de sa membrane muqueuse ; aussi, n'est-ce pas dans leurs travaux que nous devons chercher une description exacte du muguet ou aphtes des nouveaux-nés; les auteurs qui ont conservé cette dernière dénomination, ne confondent nullement ces deux maladies : en effet, les apthes des nouveaux-nés ne sont point des ulcérations, ont dit Sylvius et Mercurialis, mais des élévures blanchâtres à la surface de la membrane muqueuse de la bouche, et qui, en tombant, ne laissent après elles, ni ulcérations, ni cicatrices : ce sont eux qui, les premiers ont établi ces caractères distinctifs, et Ketelaer qui a observé avec soin cette maladie, est venu de son autorité, confirmer cette opinion, en assurant que jamais il n'avait aperçu, ni cavités, ni solutions de continuité; mais ceux à qui nous devons l'histoire complète du hoquet ou aphtes des nouveaux-nés, comme le veut toujours M. Gardien, sont MM. Raulin, en France et Undervood, en Angleterre.

II. La sécrétion albumineuse, à boutons blancs, petits ou élevés, discrets ou confluents, qui, chez les nouveaux-nés, revêt, en partie ou en totalité, la membrane muqueuse de la bouche, constitue le muguet. Cette éruption presque toujours sous l'influence du génie épidémique (Frank), est primitive; elle apparaît d'abord à la langue, sur les côtés, à la commissure des lèvres ; le larynx, l'œsophage, tout le tube intestinal, les rebords même de l'anus peuvent en présenter les traces : l'augmentation de cette excrétion pointillée

forme bientôt une pseudo-membrane, qui tapisse, non seulement, toute la cavité buccale et œsophagienne, mais qui se continue à toute la muqueuse gastro-intestinale: le plus souvent ces dernières parties ne sont que violemment enflammées : cette couche membraniforme, épaisse de quelques lignes, se soulève, tombe et laisse à nu la muqueuse dont la sensibilité est momentanément si exaltée, que la succion du lait peut être interrompue ; une prompte sécrétion ne tarde pas à recouvrir les parties dénudées,

Cependant tous les auteurs n'admettent pas que cette éruption, que cette concrétion blanche s'observe dans les intestins au delà de l'estomac ; M. Lelut, qui, dans un travail tout spécial, s'est livré à l'étude de la formation et de la nature du produit couenneux du muguet, assure ne l'avoir jamais trouvé au-delà de cet organe, de plus, dans ses expériences sur les déjections alvines, il n'a jamais pu constater leur présence, il ne nie pas, toutefois, qu'il ne puisse exister dans les intestins : M. Denys, qui partage l'opinion de cet auteur, se tient entièrement sur la négative; ainsi, malgré les faits et les expériences de M. Lelut, malgré l'opinion de M. Denys, nous croyons que le muguet peut apparaître sur toute la muqueuse des intestins, et à ce sujet, nous lisons dans Pierre Frank (1): « d'ailleurs, »la grande quantité de fausses membranes qu'on voit tous les jours »sortir dans les déjections alvines, celles qu'on observe à l'ouverture »des cadavres, sur la membrane muqueuse des intestins, et les »aphtes qu'on trouve sur plusieurs malades à la marge de l'anus, »la grande sensibilité du tube intestinal après leur chute et la faci»lité des superpurgations par le plus doux cathartique, attestent »évidemment la présence des aphtes à la face interne du conduit »alimentaire ».

Les symptômes locaux et généraux du muguet, les frissons, l'anxiété, l'élévation et l'accélération du pouls, la peau sèche et brulante, la soif ardente, la rougeur érythémateuse de la bouche,

---

(1) Tome 2 page 397.

la sécheresse et la douleur de l'allaitement, attestent d'une manière évidente, la nature inflammatoire de la maladie : ces symptômes manquent le plus souvent, mais lorsqu'ils existent, ils précèdent l'éruption blanche : on comprendra facilement pourquoi il arrive que les caractères de cette phlegmasie manquent chez les nouveaux-nés.

Le peu de vitalité des tissus, une constitution faible, débile, l'abondance des fluides blancs, qui envahissent tout l'organisme, s'opposent à une affection franchement inflammatoire : aussi remarquons-nous l'indécision phegmasique qu'affecte le muguet; à l'état sporadique toujours benin, jamais des symptômes alarmants, et les soins seulement indispensables terminent rapidement le cours de cette maladie ; mais si au contraire elle sévit sous l'influance épidémique, dans des lieux mal sains, dans les hôpitaux où se trouvent un grand nombre d'enfants, entourés de causes que nous analyserons plus tard, et qui favorisent son entier développement, oh ! alors nous la verrons inflammatoire et ses diverses périodes revêtiront des caractères que l'on ne pourra méconnaître.

La forme du muguet, ses modes de développement et de terminaison l'ont fait comparer à une maladie qui affecte le système cutané, c'est la miliaire : aussi le docteur Van-de-Wimperse s'est-il demandé, si cette éruption n'était pas une miliaire interne ?

Nous ne savons jusqu'à quel point serait admissible une semblable opinion : il est vrai que si nous considérons avec attention les diverses périodes de ces deux affections, l'analogie parlerait en faveur de cette proposition : mais il existe aussi de bien réelles différences, non seulement dans les causes mais dans le siége et la nature du tissu affecté, qui impriment au mouvement morbide les lois qui régissent la vie de chaque organe : Frank (1) se

(1) Tome 2 page 295.

rapproche beaucoup de cette pensée de l'auteur, car il dit, « qu'on » lui reprochera peut-être de rapporter mal-à-propos les aphtes » à la classe des exanthèmes, parce qu'ils n'ont pas leur siége » à la surface cutanée : nous répondrons que c'est un exan- » thème interne et le seul exanthème interne dont l'existence soit bien avérée. »

Les opinions de nos modernes sont plus vraies, nous le pensons, et nous dirons avec M. Billard, que le muguet est une des nombreuses variétés des phlegmasies de la bouche, que c'est une stomatite qui consiste dans une altéraration de sécrétion, qu'il se propage dans tout le canal alimentaire avec ou sans épithelium et que la concrétion du mucus spécialise la nature même de cette affection; mais comment expliquer cette concrétion ?

Pour M. Billard, cette concrétion est toute physique : ainsi, dit-il, l'état inflammatoire rend le sang plus plastique et plus riche en fibrine, donc la sécrétion muqueuse plus riche elle-même de cet élément, sera plus concrescible. M. Lelut aurait, à notre avis, examiné cette question sous un point de vue plus nouveau et plus probant, il fait remarquer que quelques muqueuses seulement, dont la sécrétion est augmentée par l'inflammation, tendent à se transformer en fausses membranes : la muqueuse sus-diaphragmatique possède au plus haut degré cette qualité; dans sa simple augmentation de sécrétion, elle se constitue en une couche plus ou moins continue; c'est ce qui a lieu dans le muguet, que M. Bretonneau pourrait appeler une *diphtérique buccale*.

Cette observation de M. Lelut nous paraît assez judicieuse, cependant elle ne résout pas notre proposition : car à toutes les époques de la vie, la sécrétion de la muqueuse sus-diaphragmatique peut se constituer en fausses membranes; chez les adultes, ce produit est dû à un véritable exsudation, tandisque le muguet ne se présente que chez les nouveaux-nés, et qu'ici, c'est une éruption de points blancs, détachés les uns des autres, dont le rapprochement

constitue les plaques membraniformes. Ainsi, ce caractère *suï generis* du muguet, ne peut trouver sa raison d'être, que dans les fluides particuliers qu'apporte une inflammation spéciale, que favorise une disposition physiologique des nouveaux-nés.

Ceci nous amène naturellement à parler du siége de la maladie, c'est-à-dire, désigner la partie de la muqueuse où peut s'opérer cette nouvelle production. Bichat, dans son anatomie générale n'a pas osé se prononcer, et je ne sache pas qu'après lui, l'anatomie pathologique nous ait fixé sur ce point de la science : aussi, ignorons-nous complètement, si cette altération de sécrétion a lieu, soit dans l'épithélium, dans le chorrion muqueux ou bien dans les papilles? Si je ne me trompe, en interprêtant les idées de MM. Billard, Andral, nous pourrions avancer que la muqueuse étant enflammée, toutes les parties qui la composent, participent à cette excrétion morbide.

Si l'éruption du muguet est toujours primitivement blanche, si elle peut rester ainsi jusques à la mort ; le plus souvent il y a coloration des boutons ou des plaques, coloration amenée par la persistance de la maladie, et l'intensité des symptômes, quelquefois aussi par le vomissement et la couleur des matières rejetées.

Dans les contractions violentes de l'estomac, le foie sympathiquement irrité, secrète une plus grande quantité de bile, et le vomissement de ce fluide tache d'un jaune plus ou moins foncé, la sécrétion blanche de la bouche, mais cette altération est peu grave.

Lorsqu'elle est due au progrès de la maladie, que les plaques deviennent grises, noires, brunâtres, que l'haleine est fétide, elle annonce la gangrène et une mort inévitable.

Des causes.

L'étiologie de cette maladie ne nous permet pas de suivre la classification des auteurs dans la division des causes, en générales, prédisposantes et déterminantes : elles existent bien, mais on ne peut leur assigner un rang bien tranché. Comme cette ma-

ladie se développe dans les circonstances les plus opposées, que les conditions les plus favorables contre son invasion n'en mettent point à l'abri, nous devons seulement signaler les causes qui favorisent le plus son développement.

Le Muguet est une affection toute spéciale aux nouveaux-nés, et malgré les diverses citations des auteurs qui affirment que des enfants parvenus à l'âge de six ans en ont été atteints, nous dirons que cette maladie sévit en raison directe du jeune âge des sujets, et comme le fait remarquer M. Denys, la vitalité des tissus entraîne dans l'économie des modifications qui les soustraient à cette affection.

Ainsi, toutes les causes qui détermineront sur le tube digestif une irritation quelconque, peuvent être les premiers éléments de cette maladie des nouveaux-nés, à laquelle les prédispose leur état physiologique (Denys), une mauvaise alimentation, le changement trop répété d'une nourrice, ou bien sa privation, une constitution faible, chétive, les familles où règnent la misère et la malpropreté, la rétention du méconium selon quelques auteurs, peuvent amener l'apparition du muguet. Kétélaer qui a écrit dans un pays froid et humide, (en Hollande) appuie beaucoup sur l'influence d une semblable température. Une trop grande sécheresse peut aussi donner lieu aux mêmes accidents; mais on a observé que l'intensité de la maladie régnait surtout à ces époques où les variations atmosphériques étaient les plus fréquentes, M. Billard pense que le développement du muguet est plutôt dû à une prédisposition innée qu'aux accidents atmosphériques.

Sansponts croit en avoir trouvé la source dans l'acidité du lait, parce que, dit-il, tous les enfants atteints de cette affection en présentent l'odeur : M. Gardien, qui cite cet auteur, suppose que c'est un effet de la maladie.

On rencontre fréquemment le muguet dans les lieux malsains, bas, humides, sur le revers des montagnes opposés aux rayons du soleil ; on le remarque chez les enfants nés de parents pauvres

et scrophuleux ; mais c'est surtout dans les hôpitaux où on l'observe le plus communément, et à l'état épidémique, et revêtir des caractères les plus pernicieux : en dehors de ces lieux, le muguet est presque toujours benin ; il n'en est pas de même dans ces maisons où l'entassement des nouveaux-nés entretient pour ainsi dire, un foyer continuel d'infection : les soins hygiéniques les mieux dirigés ne peuvent ralentir l'action des causes qui s'y développent. L'air n'est jamais assez pur, assez renouvelé, les soins de propreté qu'exige un enfant nouveau-né peuvent ne pas être assez fréquents, et le dégagement fétide de ses langes corrompt un air déjà malsain ; souvent aussi, débiles et faibles, ils ne trouvent qu'une alimentation insuffisante, le lait d'une nourrice est quelquefois parcimonieusement donné ; et ces soins qu'une mère seule comprend leur manquent entièrement et livrent sans ressource aucune à la maladie une existence presque flétrie.

Du Muguet.

Comme le Muguet apparaît sous plusieurs formes, il a fallu établir une division qui les spécialisât ; aussi, les variétés qu'ont reconnu la plupart des Auteurs, ne sont en réalité que des degrés différents d'une même maladie.

L'éruption est-elle discrète, isolée ; la rougeur de la muqueuse peu vive, la soif peu ardente, etc. Le muguet est dit : *bénin*; mais il est *confluent*, dès que les symptômes inflammatoires deviennent plus intenses, que les pustules sont nombreuses et rapprochées, qu'elles forment une croûte crêmeuse, pultacée, (Andral) etc. ; à ce dégré de la maladie, diverses complications ne tardent pas à l'aggraver, et forment sa dernière variété.

Suivons donc le muguet dans ces trois grandes divisions.

Symptômes.

Du Muguet Bénin. -- On peut regarder comme période d'incubation les phénomènes généraux, qui précèdent son apparition ;

mais on ne saurait rigoureusement interpréter ces symptômes, car ils appartiennent à toutes les phlegmasies de la bouche chez les nouveaux-nés; ainsi, l'élévation et l'accélération du pouls, le désir ou le refus de prendre le sein, l'anxiété du sujet, les insomnies, la force où la faiblesse des cris, ne peuvent rien établir sur la nature du travail morbide qui se prépare; d'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit : dans le muguet simple, ces prodrômes existent à peine, et l'on a vu dans quelques cas se faire l'invasion buccale, suivre ses diverses périodes, d'augment de dessication, et n'altérer en rien la santé des petits malades. Le plus souvent ces symptômes sont mieux tranchés : l'anxiété s'accroît, l'enfant pousse des gémissements, il y a anorexie, rejet des matières nutritives, la peau est sèche, d'une chaleur âcre, M. Sansponts accuse de la douleur à l'épigastre par la pression; l'enfant annonce la soif qui le tourmente, en saisissant avidement le sein de sa nourrice, qu'il abandonne promptement en exprimant par des cris la douleur qu'il éprouve dans la succion du lait; la bouche est rouge et animée, la langue est sèche et toute sécrétion muqueuse est suspendue; deux ou trois jours après l'on voit s'élever à la langue, sur ses côtés, aux parois diverses de la bouche, des points blancs, épars et jetés irrégulièrement.

Si le muguet est simple, l'éruption dépasse rarement la muqueuse de la bouche et de l'œsophage; peu à peu cesse l'état phlegmatique général et l'ocal, ces élevures tombent, rarement se renouvellent, et ne laissent après elles aucune ulcération; sa durée est : de 8 ou 10 jours.

Du Muguet Confluent. -- Mais dès que le muguet paraît s'aggraver, les symptômes inflammatoires se présentent mieux caractérisés, et dénotent par l'altération générale du sujet, la marche nouvelle de la maladie. L'éruption fait des progrès, l'excrétion pointillée s'élève partout, se rapproche, forme des plaques et par voie de continuité tapisse l'œsophage, l'estomac, les intestins et

les rebords de l'anus ; le petit malade est en proie à des déjections alvines, fétides et verdâtres, il rejette par le vomissement toutes les matières que contient son estomac, et privé, de nourriture et de sommeil, il tombe dans un marasme qui le mène au tombeau ; aussi, à chaque instant, l'épuisement augmente, la voix est rauque, voilée, et le rejet de membranes par la toux annonce que les voies aëriennes participent à l'éruption générale : jusques ici, la maladie avait pu se montrer seule, indépendante de toute complication ; mais à ce degré, l'éruption qui d'abord était blanche, devient jaune, grise, brunâtre, noire, l'haleine est fétide, l'adynamie et l'ataxie s'emparent du sujet, et de tous les viscères, l'abdomen est le plus souvent sympatiquement affecté ; ce cortège de symptômes annonce la gangrène et la mort.

Le muguet cependant, même dans toute sa gravité, ne poursuit pas une marche aussi régulière, quelquefois il se manifeste une sorte d'intermittence, qui le fait traîner en longueur, les pseudo-membranes se soulèvent, tombent et se reproduisent avec rapidité ; aussi ne peut-on fixer sa durée, et sa terminaison lente ou prompte, est due à ses complications qui, selon M. Andral sont la cause de la mort des malades.

Traitement.

Tout traitement pour être rationel, doit ressortir de la nature même de la maladie. Après avoir tracé l'histoire du muguet, nous avons donc les conséquences pratiques qui doivent résulter de l'exposition des faits : ici se présentent deux indications générales à remplir ; le traitement sera préservatif ou curatif.

Dans la fameuse épidémie qui ravagea Paris et ses Hôpitaux, en 1744, Lapeyronie, médecin du roi, fut consulté sur les moyens à employer pour arrêter les progrès d'une maladie dont l'intensité effraya tout le monde ; le seul conseil qu'il put donner et qui n'eut pas un heureux succès, fut de disperser les enfants dans des salles

diverses, afin de leur procurer un air salubre et renouvelé; ainsi, la première indication est toute higiénique. Si le muguet n'est pas encore développé chez l'enfant, il faut le soustraire aux causes qui peuvent le produire; dans les hôpitaux, il faut évacuer les salles où il y a un grand nombre de nouveaux-nés, les disperser, et les entourer d'une très-grande propreté.

Dans le muguet benin, on ne peut guère s'écarter de cette règle; ces précautions et le teton d'une bonne nourrice, comme le dit M. Gardien, conviennent, on ne peut mieux, dans cette variété de la maladie, et si le lait ou autre matière nutritive vient à être rejetée, qu'il y ait énoréxie, l'eau sucrée, l'eau de riz légère, l'eau d'orge suffiraient pour nourrir l'enfant et calmer la soif qui le tourmente.

Le muguet confluent exige plus d'attention de la part du médecin, et une médication plus active: car, tout en suivant nos premiers conseils, il faut modérer l'intensité de l'inflammation, prévenir les congestions viscérales, surveiller avec soin les complications d'adynamie et d'ataxie; aussi, l'énergie de ce traitement doit être basée sur l'âge et la constitution du malade.

Dans ce second degré, si l'allaitement n'est pas trop douloureux et qu'il ne provoque pas le vomissement, il faut encore lui donner le sein d'une bonne nourrice; l'emploi de gargarismes adoucissants calmera l'irritation buccale, surtout lorsque la chute des pseudo-membranes, laissant à nu la muqueuse, exaltera sa sensibilité; deux sangsues appliquées des deux côtés du cou ont prévenu un état fluxionnaire du cerveau et appaisé l'orgasme général; mais ce n'est qu'avec prudence qu'on doit faire usage de moyens débilitants, qui prédisposant à la prostration, ne peuvent être que nuisibles, surtout lorsque l'enfant s'approche davantage du moment de sa naissance. La magnésie à dose convenable a arrêté des déjections alvines qui épuisaient le malade; on a donné le sirop de quinquina dans les cas de faiblesse, d'adynamie et de gangrène des plaques et des pustules; dans l'état comateux, ataxique, si l'enfant est tourmenté par

de violentes coliques, les anti-spasmodiques à l'intérieur, les fomentations émolientes sur le bas-ventre ont été employées avec succès.

On ne doit pas négliger, lorsque l'éruption ne s'accompagne plus de rougeur et de douleur, de gargariser la bouche de l'enfant avec de légers astringents, autrement, dans les cas où l'irritation existerait encore, la nature de ces gargarismes favoriserait une nouvelle sécrétion. On doit avoir soin de toucher soi-même l'éruption buccale, car, les gargarismes pourraient être avalés. Un linge imbibé d'une liqueur légèrement acide, formée de miel rosat ou de borax réunie à du miel, jouit d'une efficacité reconnue, ainsi que le sulfate de zinc. M. le docteur Guersent conseille surtout l'emploi d'une décoction mucilagineuse, en y ajoutant un quart en-sus de la liqueur de Labarraque; cette liqueur serait, d'après lui, préférable aux autres astringents.

Des boissons chaudes, diaphorétiques, ont établi sur la peau une transpiration favorable aux malades; aussi, ne doit-on pas oublier l'emploi d'un moyen si simple et qui peut quelquefois réussir.

Parlerons-nous, en terminant l'histoire du muguet, des opinions émises sur la possibilité de contagion de cette maladie; la plupart des auteurs n'y croient pas; cependant nous recommandons d'éviter le contact des malades; nous conseillerons des lits séparés, et surtout que les nourrices ne donnent jamais leur sein à deux enfans dont l'un serait malade. La prudence de ces moyens que nous donne M. Baron, peut garantir les enfants de tout principe contagieux.

FIN.